

THÈSE

Lane Medical Library

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 30 août 1855,

Par ALFRED LEJEAL,

né à Valenciennes (Nord),

ex-Élève des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital militaire d'Instruction de Lille.

DU

SARCOÈLE SYPHILITIQUE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	DENONVILLIERS.
Physiologie.....	BÉRARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Pharmacie.....	SOUBEIRAN.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
	{ N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	{ GERDY, Examinateur.
	{ J. CLOQUET.
Anatomie pathologique.....	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRISOLLE.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés...	MOREAU.
	{ BOUILLAUD.
Clinique médicale.....	{ ROSTAN.
	{ PIORRY.
	{ TROUSSEAU.
	{ VELPEAU.
Clinique chirurgicale.....	{ LAUGIER, Président.
	{ NÉLATON.
	{ JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements.....	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LECONTE.
BECQUEREL.	ORFILA.
BOUCHUT.	PAJOT.
BROCA.	REGNAULD.
DELPECH.	RICHARD.
DEPAUL.	RICHET.
FOLLIN, Examinateur.	ROBIN.
GUBLER, Examinateur.	ROGER.
GUENEAU DE MUSSY.	SAPPEY.
HARDY.	SEGOND.
JARJAVAY.	VERNEUIL.
LASÈGUE.	VIGLA.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE.

A MON EXCELLENTE MÈRE.

A MES FRÈRES ET SOEURS.

A M. LE D^R BRUNEAU,

ancien Chirurgien en Chef de l'hôtel-Dieu de Valencienn
Chirurgien par intérim de l'Hôpital militaire de la la même

A M. LE D^R ARAN,

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris ,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A M. LE D^R MARROTTE,

Médecin de l'hôpital de la Pitié.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153502_0080

DU

SARCOCÈLE SYPHILITIQUE.

APERÇU HISTORIQUE.

Le sarcocèle syphilitique, encore appelé testicule vénérien, testicule syphilitique, engorgement syphilitique du testicule, orchite syphilitique, albuginite syphilitique, etc., avait été complètement méconnu par les auteurs anciens, qui le confondaient soit avec les engorgements tuberculeux ou cancéreux de cette glande, soit surtout avec l'orchite blennorrhagique. Parmi les modernes, on trouve même des chirurgiens, Marjolin et Sanson, par exemple, qui ne regardent pas comme démontrée l'existence de cette localisation de la syphilis.

Ce n'est que depuis le commencement du 18^e siècle que cette affection commença à être étudiée, et depuis, comme nous allons le voir, elle a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux.

Ambroise Paré ne fait pas la moindre mention du testicule syphilitique; il en est de même des auteurs qui l'ont suivi jusqu'à Astruc. Ce fut, en effet, Astruc qui distingua le premier, d'une manière assez précise, deux espèces d'engorgements du testicule dus à la blennorrhagie ou à la syphilis, qui ne sont pour lui que deux manifestations d'une seule et même maladie. « La spermatocèle, dit Astruc, vient de deux causes : 1^o du séjour de la semence dans les vaisseaux spermatiques des testicules, ce qui arrive lorsqu'une gonorrhée qui coule est arrêtée tout à coup par une injection astringente, par un excès de vin, l'exercice du cheval, par un commerce avec les fem-

mes, par la fièvre ; 2° de la congestion d'une semence trop visqueuse dont ces vaisseaux sont engorgés ; ce qui arrive lorsque le sang est infecté d'un levain vérolique, qui cause dans la semence un épaissement vicieux. La première espèce de spermatocèle, qui arrive souvent dans la gonorrhée, est moins fâcheuse, en ce qu'elle ne dépend que d'une simple stagnation ; aussi, dès qu'on rétablit le flux de la gonorrhée, en procurant une issue à la semence qui séjourait, se dissipe-t-elle ordinairement d'elle-même. La seconde espèce est plus difficile à guérir ; car, comme elle est produite par la vérole, la congestion, qui ne s'est faite que lentement, forme une tumeur plus dure, et par conséquent plus difficile à résoudre. » (*Traité des maladies vénériennes*, tome 4).

On reconnaît bien, au milieu de ces nombreuses hypothèses, l'orchite blennorrhagique et le sarcocèle syphilitique.

J.-L. Petit ne dit rien de l'affection qui nous occupe. Il n'en est pas de même de Percival Pott, qui a observé des engorgements testiculaires indépendants d'une gonorrhée, étant évidemment sous la dépendance de quelque phénomène vénérien, et cédant toujours à un traitement mercuriel bien conduit. En traitant de l'hydrocèle, il signale aussi l'épanchement qui accompagne d'ordinaire le testicule vénérien ; l'évacuation du liquide, dit-il, ne peut être d'une grande utilité pour opérer la guérison, et même, lorsque l'obstruction de la glande est détruite par les remèdes convenables, il n'est pas extraordinaire de voir le fluide extravasé se résorber.

Swediaur sait que quelques auteurs décrivent un gonflement du testicule survenant après le dessèchement d'un chancre, mais pour son propre compte il n'en a observé aucun cas.

Hunter, cette grande autorité en matière de syphilis, est encore plus explicite que Swediaur ; son expérience personnelle ne lui a jamais offert un testicule atteint d'une maladie vénérienne soit locale, soit constitutionnelle.

Benjamin Bell, qui reconnaissait la non-identité de la gonorrhée et de la syphilis, a bien distingué l'orchite blennorrhagique du gonfle-

ment du testicule causé, comme il le dit, par la maladie du système. Il note la coïncidence fréquente de l'hydrocèle avec cette affection, le peu de sensibilité et quelquefois l'absence de douleurs qu'elle présente. Quant au traitement, il conseille les mercuriaux; mais il recommande de les administrer à petites doses, sous peine de voir la tumeur augmenter de volume et devenir plus douloureuse.

Lagneau emploie bien l'expression de testicule vénérien, mais c'est pour désigner l'orchite blennorrhagique, et ne parle nulle part de l'affection tertiaire de cette glande.

Boyer, qui admettait l'identité du virus blennorrhagique et syphilitique, avait établi une différence entre l'engorgement, symptôme consécutif de syphilis, et celui qui était lié à la blennorrhagie.

A. Cooper jette une vive lumière sur l'histoire de cette affection : « Il a vu si souvent l'engorgement du testicule accompagner les symptômes secondaires de la syphilis, et entre autres les affections de la peau et du périoste; il a si souvent observé des exacerbations nocturnes; il a été témoin de tant de guérisons par l'usage des mercuriaux, en même temps que les autres symptômes de syphilis disparaissaient, qu'il ne conserve pas le moindre doute sur la susceptibilité du testicule à être affecté par le virus vénérien. »

Dupuytren (*Leçons cliniques*, tome 1^{er}) après une description très-succincte, où il fait remarquer que dans cette affection les deux testicules s'engorgent le plus souvent, soit simultanément, soit l'un après l'autre, s'appesantit sur la difficulté qu'on rencontre souvent à distinguer la nature des divers engorgements du testicule et par suite sur la nécessité du traitement mercuriel avant l'ablation de ces organes dégénérés. Il cite à l'appui de ses conseils l'exemple remarquable d'un malade ayant déjà subi la castration pour un prétendu cancer, qui vit bientôt l'autre glande se prendre et ce second engorgement disparaître sous l'influence d'une médication antisypilitique.

A. Bérard reproduisit dans sa thèse les signes déjà connus de la maladie, dont il avait surtout à poser le diagnostic différentiel. Dans l'article *Testicule*, du Dictionnaire en 30 vol., M. Velpeau décrit aussi le sarcocèle syphilitique, et M. Roux, dans le même article, en signala la fréquence et résuma les signes diagnostiques.

Mais jusque-là les auteurs que nous venons de citer s'étaient surtout attachés à bien différencier le testicule vénérien des dégénérescences malignes des testicules, et par suite à instituer le traitement qui, dans ces cas, devient lui-même un élément puissant de diagnostic ; bien des points n'avaient pas encore été élucidés, et surtout l'évolution de la tumeur. M. Ricord s'attacha surtout à cette étude et exposa le résultat de ses recherches dans ses leçons cliniques (*Gaz. des hôpitaux*, 1845) et dans ses annotations de Hunter. En même temps, il indiqua l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium.

Un de ses élèves, M. Hélot, de Rouen, traça une histoire assez complète du sarcocèle syphilitique, dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne (avril et mai 1846).

Nous citerons encore un remarquable mémoire de M. de Castelnau, où il cherche à démontrer que le testicule vénérien est une affection très-rare, et que ce qu'on prend pour tel n'est autre chose que l'orchite chronique.

M. Vidal de Cassis a aussi étudié, avec beaucoup de soin, l'affection qui nous occupe. Un mémoire, lu par lui à la Société de chirurgie (28 mars 1849) montra quelle était son influence sur la nutrition du testicule et sur les fonctions génitales. Cette lecture donna lieu à une intéressante discussion dans le sein de cette société. Plus tard, dans son *Traité des maladies vénériennes*, M. Vidal donna une description complète de la maladie.

Enfin, à propos de deux malades atteints de testicule syphilitique qui se trouvaient dans son service, M. le professeur Nélaton exposa, dans une remarquable leçon (*Gaz. des hôpitaux*, 1852), et depuis,

dans plusieurs autres circonstances, l'état de la science et le résultat de son observation concernant cette maladie.

Comme on le voit, beaucoup de chirurgiens et des plus éminents se sont occupés de l'affection qui fait le sujet de cette thèse, et cependant, comme la suite de ce travail le montrera, ils sont loin d'être d'accord sur beaucoup de points de son histoire.

ÉTIOLOGIE.

Le sarcocèle syphilitique est, pour la plupart des auteurs, un accident tertiaire de la syphilis, ou plutôt, comme le dit M. Ricord, un symptôme de transition entre les accidents secondaires et les tertiaires. On comprend tout d'abord, comme le fait observer M. Nélaton, que l'étude de ses causes sera nécessairement influencée par l'idée que chacun se fera du virus vénérien. En effet, ceux qui admettent l'identité des virus syphilitique et blennorrhagique voient, dans le testicule vénérien une conséquence de la blennorrhagie, et c'est pour eux une orchite chronique. Ceux, au contraire, qui rejettent cette identité, ne verront d'engorgement syphilitique que là où il y aura eu des chancres comme antécédents.

Parmi les premiers, nous avons déjà nommé M. de Castelnau. Pour lui, le testicule vénérien n'est presque jamais primitif, c'est-à-dire qu'il succède presque toujours à l'orchite aiguë. Il pense que la résolution de l'orchite aiguë se fait quelquefois d'une manière à peu près complète ou même tout à fait complète, du moins en apparence; les malades se croient entièrement guéris; ils reprennent leurs occupations, et ce n'est que trois ou quatre mois après, quelquefois un, deux ou trois ans plus tard, qu'ils s'aperçoivent d'une tumeur dans les bourses. C'est là, pour lui, ce qu'on a appelé testicule syphilitique; mais bien des faits viennent contredire cette proposition; rappelons entre autres le fait suivant, publié dans le même recueil, où M. de Castelnau a exposé ses opinions (*Annales des mal. de la peau*, 1844). C'est celui d'un malade, qui avait eu deux blennor-

rhagies l'une quatre ans, l'autre deux ans auparavant, sans aucune trace d'orchite, et qui voit, deux mois après l'apparition d'un chancre, ses deux testicules s'engorger successivement et sans aucune trace d'inflammation. Ces faits sont loin d'être rares, et dans bien des cas aucune blennorrhagie n'existe dans les antécédents des malades, et même dans les cas où la gonorrhée a existé et a donné lieu à une orchite. Ce n'est pas toujours le testicule primitivement atteint qui dégénère, et il n'est pas rare de voir le testicule syphilitique exister à droite, quand l'orchite blennorrhagique s'était montrée à gauche.

Pour M. Vidal, la blennorrhagie ne peut déterminer un testicule vénérien que lorsqu'elle est elle-même syphilitique, et c'est sur ces cas que s'appuient les partisans de l'orchite chronique, pour rejeter l'engorgement vénérien non lié à une orchite.

M. Ricord admet bien l'influence de la blennorrhagie comme cause de testicule vénérien, mais uniquement comme cause occasionnelle ; ou, comme il le dit, comme la plus puissante mise en scène de cette maladie. C'est, dans ces cas, que l'allure de la maladie est un peu changée, et qu'au lieu de commencer par le corps du testicule, on la voit envahir d'abord l'épididyme. Enfin, une chute, une contusion, les excès vénériens, et plus rarement la continence, peuvent devenir, d'après lui, le coup de fouet sous l'influence duquel se produira le sarcocele syphilitique.

Dupuytren pensait, au contraire, qu'en général il se développe spontanément et sans aucune cause occasionnelle ; et ce développement spontané, avec coïncidence d'antécédents syphilitiques, peut, suivant lui, faire soupçonner *à priori* la nature du mal.

Il est, en effet, bien difficile, dans la majorité des cas, de trouver, dans les antécédents, une cause physique occasionnelle du genre de celles que signale M. Ricord.

Enfin, il est incontestable que le testicule syphilitique peut être sous la dépendance d'une syphilis héréditaire. Il peut alors ne se montrer, pour la première fois, qu'au moment où les organes gé-

nitaux sortent de leur somnolence, c'est-à-dire à l'époque de la puberté, et quelquefois beaucoup plus tard. M. Ricord pense même que beaucoup de dégénérescences fibreuses, cartilagineuses et osseuses peuvent être rapportées à des sarcocèles syphilitiques, provenant eux-mêmes d'une syphilis héréditaire.

Nous avons observé dans le service de M. Nélaton deux cas qui peuvent très-bien être considérés comme des exemples de testicules vénériens dûs à l'hérédité.

Le premier malade était un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui non seulement n'avait eu aucun symptôme de syphilis, mais qui, interrogé avec persévérance, avoua n'avoir jamais eu de rapports sexuels. Il entra dans le service pour une tumeur du testicule gauche présentant tous les signes que nous verrons plus loin caractériser le sarcocèle syphilitique. Cet engorgement diminua assez rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium uni aux préparations mercurielles.

Le second malade est celui dont nous donnons l'histoire plus loin. (Obs. 11). C'était un homme de quarante-cinq ans environ, qui avait les deux testicules affectés et qui n'avait jamais eu aucune trace de syphilis. On avait d'abord cru à une affection cancéreuse, mais M. Nélaton, s'appuyant surtout sur ce que les deux testicules étaient atteints simultanément et sur quelques autres signes, en reconnut de suite la véritable nature, et un traitement ioduré et mercuriel amena après un mois ou six semaines un dégorgement notable des deux tumeurs, et donna ainsi raison au diagnostic du chirurgien. Ne peut-on pas légitimement regarder ces deux cas comme des exemples de syphilis héréditaire? On pourrait objecter que ce malade a pu avoir un chancre s'en sans douter. Mais ne serait il pas très-anormal de voir survenir à la suite d'un chancre infectant un testicule vénérien qui n'ait été précédé ni accompagné d'aucun autre accident secondaire ou tertiaire, ce qui était arrivé chez notre malade? Et d'un autre côté, après avoir vu réussir si complètement un traitement tout à fait spécifique, n'est il pas permis de s'appuyer sur l'aphorisme :

« *Naturam morborum ostendunt curationes* » et de conclure à la nature syphilitique de la tumeur.

L'époque d'apparition du sarcocèle syphilitique est assez variable : rarement on le voit se développer avant les six mois écoulés depuis l'infection primitive ; dans un petit nombre de cas plus tôt, assez souvent beaucoup plus tard, une année ou deux par exemple. Dans certains cas il est accompagné d'accidents secondaires, d'autres fois d'accidents tertiaires.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous commencerons par donner un tableau assez rapide des principaux symptômes du sarcocèle syphilitique, sauf à revenir avec détails sur les plus importants d'entre eux.

Le mal débute en général sourdement ; rien n'annonce son arrivée, et c'est souvent le hasard qui fait découvrir au malade quelque chose d'anormal dans son testicule. Le plus souvent les douleurs sont dues à la gêne qu'amène le poids du testicule. Si l'on vient à palper cet organe on trouve sur sa surface une ou plusieurs petites duretés qu'on parvient assez bien à limiter ; elles ne font qu'une très légère saillie et n'existent d'abord que d'un seul côté de la glande ; l'autre face qui conservait son élasticité normale commence bientôt à s'indurer ; ces plaques nouvelles s'étendent et vont à la rencontre les unes des autres jusqu'à ce que toute l'albuginée se soit indurée. M. Ricord compare ce développement à l'ossification des os du crâne. D'autres fois l'induration ne se fait pas par plaques ou par cercles, mais elle porte dès le début sur tout l'organe qui perd peu à peu son élasticité, en même temps que disparaît sa sensibilité spéciale. Le volume de la tumeur augmente progressivement et avec lui la dureté caractéristique. On peut, dans beaucoup de cas, constater à ce moment la présence d'un liquide dans la tunique vaginale. Pendant ce temps le scrotum reste parfaitement sain et mobile sur le testicule.

Cette tumeur, ordinairement piriforme ou quadrilatère, quelquefois conservant exactement la forme du testicule, peut ainsi rester stationnaire pendant des mois ou des années ; dans quelques cas, elle est susceptible d'une diminution spontanée qui dépasse souvent le volume normal de la glande ; enfin, il est très-fréquent de voir l'engorgement diminuer ou disparaître d'un côté, et une affection semblable se présenter du côté opposé.

Étudions maintenant avec plus de soin ces différents signes. Nous avons dit que les douleurs étaient souvent nulles ; lorsqu'elles existent, elles sont, en général, assez légères, et résultent du tiraillement du cordon par la tumeur des bourses. Mais dans des cas, très-rares du reste, au moment où le testicule va se prendre, M. Ricord l'a vu devenir le siège de douleurs lombaires, vives, térébrantes, que certains malades comparent même à un instrument piquant qu'on leur enfoncerait dans les chairs. Ces faits sont exceptionnels : il en est de même de ceux où ces douleurs prennent le caractère nocturne qui appartient à certaines autres manifestations de la syphilis.

Si nous ne trouvons rien de bien caractéristique dans la présence ou l'absence des douleurs spontanées, il n'en sera pas de même si nous venons à palper le testicule. En effet, on a noté comme un des signes les plus fréquents de testicule syphilitique une insensibilité complète à la pression, lorsque toutefois la maladie est complètement développée, car au début la palpation détermine encore une douleur obtuse qui disparaît à mesure que l'altération augmente ; non-seulement on ne produit pas ainsi de ces douleurs lancinantes, qui, après un toucher assez rude et prolongé, surviennent dans certaines autres tumeurs du testicule, mais sa sensibilité normale est tout à fait abolie, de sorte que le malade peut toucher la tumeur avec une rudesse qui étonne le chirurgien, suivant l'expression d'A. Cooper.

Les signes physiques, constatés par le toucher, ne sont pas décrits de la même manière par tous les auteurs, et c'est surtout sur

l'état de l'épididyme qu'ils varient d'opinion. « Lorsque, dit M. Ricord, la tumeur a acquis un volume trois ou quatre fois plus grand que le volume normal du testicule, si vous l'examinez avec attention, vous ne trouverez plus l'épididyme, vous ne rencontrez plus qu'une tumeur uniforme. Pendant longtemps nous avons dû croire, nous aussi, que l'épididyme subissait la même altération que le corps de l'organe lui-même. Le testicule étant forcé par son augmentation de volume d'emprunter le tissu qui enveloppe l'épididyme, cette partie s'étale en feuillet aplati sur le corps du testicule; s'il survient une dégénérescence de l'épididyme, on peut être sûr qu'il y a quelque complication. » Cependant, il ajoute plus loin, que tout en sachant, par une expérience positive et une longue observation, que la maladie commence toujours par le corps de la glande, il doit reconnaître que quelquefois l'épididyme subit les mêmes altérations que le testicule lui-même.

Quelques auteurs, M. Vidal, par exemple, regardent l'altération de l'épididyme comme assez fréquente, mais sans y attacher d'importance.

M. Nélaton, au contraire, la considère comme un des signes les plus constants du sarcocèle syphilitique. L'épididyme, non-seulement s'étale sur le corps du testicule, mais en même temps il s'hypertrophie considérablement, de telle manière que la glande est enchâssée dans l'épididyme comme un œuf dans un coquetier, ou encore comme un gland dans sa cupule, en remarquant toutefois que cet enchatonnement se fait latéralement, c'est-à-dire que l'épididyme descend beaucoup plus sur la face externe que sur la face opposée. Ce développement de l'épididyme devient quelquefois tel qu'on ne peut plus sentir le corps du testicule que dans un point très-limité. Les bords de l'épididyme peuvent se terminer en s'aminçissant au point que les deux organes ne forment plus qu'un tout homogène, dans lequel il est impossible de reconnaître ce qui appartient à chacun d'eux.

Le canal déférent reste d'ordinaire parfaitement sain; cependant

il s'engorge dans quelques cas ; ainsi, dans l'observation 2, nous voyons un de ces engorgements fumiculaires remontant très-haut.

Nous avons dit que la tunique albuginée était incrustée de duretés caractéristiques ; elles ne se présentent pas toujours sous-forme de plaques , offrant une légère saillie, et semblant faire corps avec la membrane fibreuse. Ce sont, dans beaucoup de cas, de petites granulations comme des têtes d'épingles , qui donnent la sensation d'une surface chagrinée ; d'autres fois , ce sont de petits mamelons , du volume d'un petit pois , par fois même d'une amande qui peuvent offrir une sorte de mobilité trompeuse.

Ces bosselures existent aussi bien sur l'épididyme que sur le testicule , et ce sont même souvent celles de l'épididyme qu'on constate le plus facilement. Jamais nous ne les avons rencontrées sur le cordon , dont le gonflement , lorsqu'il existe , est assez uniforme. Ces indurations paraissent constituées par des couches stratifiées , sous forme de *zones concentriques*.

M. Ricord a donné comme caractéristique la conservation du volume normal du testicule. Ce n'est pourtant pas le cas le plus commun. En général il y a hypertrophie, mais nous devons dire qu'elle porte surtout sur l'épididyme et que le volume du corps du testicule lui-même est à peine augmenté. La tumeur est d'ordinaire piriforme , à grosse extrémité inférieure et à sommet plus ou moins allongé, s'étendant dans la direction du cordon. Cette hypertrophie, qui est en somme le cas le plus commun , a des limites, et on ne voit que rarement la tumeur acquérir un volume aussi considérable que dans l'observation 2.

Dans la majorité des cas de sarcocèle syphilitique il y a épanchement dans la tunique vaginale. Déjà signalé par P. Pott et B. Bell, il présente les caractères ordinaires de cette affection. Il est médiocrement abondant, quelquefois d'une forme irrégulière ; très-rarement il prend des proportions considérables. La résorption du liquide se fait souvent d'elle-même ou sous l'influence du traitement

interne. A part cette hydropisie passive, les membranes d'enveloppe restent parfaitement saines : la peau conserve sa température et sa coloration ordinaires, et les membranes restent toujours mobiles sur la tumeur à laquelle elles n'adhèrent en aucun cas.

Tous ces changements ne s'opèrent pas dans la constitution de la glande, sans que ses fonctions ne soient altérées. En effet, la sécrétion spermatique diminue progressivement, surtout lorsque les deux testicules sont pris. Le sperme perd sa consistance, il devient aqueux, contient à peine d'animalcules spermatiques : jamais cependant la liqueur séminale ne devient sanieuse et sanguinolente, comme on l'a avancé. Les érections sont de moins en moins faciles pour disparaître plus tard complètement. Mais cela est loin d'être constant, et l'on voit plus loin dans l'observation 4, la conservation des facultés génitales démontrée par deux blennorrhagies subséquentes.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Le sarcocèle syphilitique a une marche essentiellement chronique, c'est là un de ses caractères. Nous avons vu que le début de la maladie ne peut pas toujours être apprécié à cause de l'absence complète de douleurs; c'est dire qu'il est alors très-difficile d'en préciser la durée. On le voit persister pendant plusieurs années et rester tout à fait indolent pendant très-longtemps. Ce n'est que lorsqu'il est récent qu'il peut se terminer par résolution. Alors, lorsque le testicule a été très-hypertrophié, on observe quelquefois que la tumeur qui formait une masse assez régulière reprend son aspect bosselé à mesure que la résolution se produit. La sensibilité qui était complètement abolie revient à mesure que se dissout l'engorgement. Mais la résolution est rarement spontanée et ne s'obtient le plus souvent qu'au moyen d'un traitement antisyphilitique. Dans les cas où la maladie est abandonnée à elle-même, on voit quelquefois le testicule, après s'être hypertrophié, diminuer sensiblement et rapidement de volume et finir par disparaître presque complètement,

si l'on n'a pas de suite recours à un traitement convenable. A mesure que les testicules s'atrophient l'organisme se modifie, la voix change de timbre, le malade prend un embonpoint considérable, en un mot, l'atrophie, si elle envahit les deux testicules équivaut alors à la castration. Nous avons observé un jeune homme de 25 ans environ, atteint de syphilis constitutionnelle très-avancée chez lequel les choses s'étaient passées de cette manière. Ce malade qui avait des syphilides et une paralysie faciale très-rebelle, avait les deux testicules réduits au volume de ceux d'un tout jeune enfant; sa voix avait le timbre d'une voix de femme et il avait pris un embonpoint considérable; tout désir vénérien avait disparu.

L'atrophie n'est pas toujours consécutive à l'hypertrophie de la glande; on la voit quelquefois survenir d'emblée.

M. Vidal a surtout bien étudié les conséquences de la dégénérescence syphilitique du testicule au point de vue des fonctions de l'organe. L'atrophie est pour lui un fait assez général, mais non fatal. Il y a du reste ceci de très-remarquable, c'est que la diminution des forces viriles n'est pas constamment en rapport avec les pertes que la syphilis semble avoir fait subir à la substance testiculaire. Le sarcocèle n'amène donc pas toujours l'impuissance, comme le prouve le fait suivant, emprunté à M. Vidal : Le sujet était un militaire, auquel un chirurgien enleva un testicule pour une tumeur qu'il croyait de nature maligne; l'autre testicule s'affected plus tard, il présentait tous les caractères de la tumeur qui avait été enlevée déjà; M. Vidal s'informa des antécédents, parmi lesquels il trouva des symptômes vénériens. Il fit prendre au malade de l'iodure de potassium. Le testicule revint peu à peu à l'état normal; seulement, son volume resta plus considérable que celui d'un testicule normal; l'on consigna dans l'observation ce fait, que le sujet était toujours plus porté aux plaisirs vénériens; et ce qui le prouva, c'est que le même chirurgien fut à même de le traiter de deux blennorrhagies depuis sa sortie de l'hôpital.

Nous avons déjà signalé la disparition de l'engorgement d'un côté,

suivie du développement, dans l'autre côté, d'une tumeur semblable. Dans beaucoup d'autres cas, c'est avant que la maladie ait quitté un testicule qu'elle se montre du côté opposé ; les deux sarcocèles suivent ensuite simultanément leurs diverses périodes. Ce fait est regardé par Dupuytren comme pathognomonique de la nature vénérienne de la dégénérescence ; Boyer a la même opinion, et nous verrons plus loin quelle importance y attache M. Nélaton, comme signe diagnostique.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on voit quelquefois l'atrophie atteindre l'une des glandes, tandis que la glande opposée s'hypertrophie ; nous en citons un exemple. Obs. 4.

La suppuration n'est jamais une terminaison du testicule vénérien. Cependant A Cooper a avancé le contraire ; mais tous les auteurs sont tellement d'accord sur ce point qu'il est probable que le chirurgien anglais aura eu affaire à des tubercules du testicule ou à des tumeurs gommeuses du scrotum.

Le testicule syphilitique peut encore éprouver les dégénérescences cartilagineuse, fibreuse, quelquefois même osseuse : ces diverses productions peuvent occuper une portion plus ou moins étendue de la glande.

Notons enfin, d'après M. Ricord, la possibilité de la dégénérescence tuberculeuse et cancéreuse ; mais ajoutons qu'elle est loin d'être démontrée.

Quelques auteurs ont admis plusieurs espèces de testicules vénériens. Ainsi, d'après A. Cooper, il pourrait siéger dans la tunique albuginée, ou la substance même du testicule. Cette distinction est très-probablement fondée, mais il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de donner les caractères de chacune de ces variétés. M. Ricord a ajouté une troisième espèce aux deux précédentes, c'est la tumeur gommeuse des bourses. Nous n'avons pas cru devoir la faire rentrer dans la description du sarcocèle syphilitique, tel qu'il est compris par tous les auteurs, et nous aurons plus loin à l'en différencier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique du testicule vénérien est presque toute entière à faire. On le comprendra facilement, si l'on réfléchit que cette affection n'amène jamais la mort ; qu'à l'époque où l'on enlevait ces tumeurs on les rapportait au cancer, et qu'aujourd'hui enfin, par suite d'un traitement bien dirigé, on arrive presque toujours à la guérir, et jamais on n'est plus obligé de recourir à la castration.

Quoi qu'il en soit, A. Cooper a eu l'occasion de voir de ces testicules enlevés par erreur de diagnostic, et il a remarqué que l'épididyme est d'un blanc jaunâtre et d'une dureté considérable ; lorsqu'on fait une section dans le testicule, on voit s'échapper un fluide blanc jaunâtre des tubes séminifères qui sont extrêmement dilatés. Le tissu cellulaire est infiltré aussi de fibrine jaune. La membrane réticulaire est remplie par le même produit de sécrétion que la substance tubuleuse.

Des recherches de M. Ricord, il résulte que la maladie a surtout pour siège la tunique albuginée et la trame fibro cellulaire ; qu'à l'intérieur on rencontre du tissu fibro-plastique envahissant et détruisant définitivement les vaisseaux séminifères dont on peut suivre la diminution successive jusqu'à la disparition complète, et qu'enfin, comme dernier terme de cette dégénérescence, on peut suivre le passage du tissu fibro-plastique au tissu fibreux-ino-dulaire. M. Blot a eu l'occasion d'observer chez un malade, mort de l'épidémie de choléra de 1849, deux testicules atteints de sarcocèle syphilitique. Dans les deux glandes, les vaisseaux séminifères étaient remplacés environ dans les deux tiers de ces organes par une matière grisâtre, élastique, paraissant homogène, et qui, examinée au microscope, se montra entièrement formée par des éléments fusiformes du tissu fibro-plastique (Mém. Soc. de biologie, t. 1).

Avant d'arriver au diagnostic de l'affection qui nous occupe, nous

rapporterons quelques observations qui donneront des exemples des principaux faits que nous avons signalés.

OBSERVATION 1^{re}.

Le 9 février 1853, entre dans le service de M. Nélaton un malade porteur de deux tumeurs des bourses. La droite, qui est la plus ancienne, a commencé à paraître il y a environ huit mois; il y a deux mois que le côté opposé s'est pris. Le malade a éprouvé dès le début des douleurs qu'il compare à des piqures d'épingles, en un mot, des douleurs lancinantes; il les ressent principalement à la partie supérieure de la tumeur, mais elles n'augmentent ni pendant la nuit, ni par la pression.

Voici ce qu'il présente à son entrée : à la partie supérieure des bourses, on constate un renflement fluctuant dans toute son étendue, recouvert de téguments rosés, amincis, devenant blancs et transparents si on les tend. Au-dessous de ce renflement, on rencontre une dépression qui surmonte elle-même un second renflement; même chose des deux côtés. Le renflement inférieur présente la dureté d'un corps plein, compacte, ayant un volume triple de celui d'un testicule sain. Une ponction faite dans la bosselure supérieure laisse écouler un liquide citrin tenant en suspension de la cholestérine. Après cette évacuation, on constate que la portion inférieure se compose de deux parties, l'une plus inférieure souple à la pression, c'est le testicule; l'autre supérieure qui recouvre en forme de cupule la face supérieure et le côté externe de la glande; il est facile de reconnaître que c'est l'épididyme. Il est dur, séparé latéralement par un sillon qui ne se prolonge pas jusqu'en bas. La moitié du testicule est cachée par cet épидидyme étalé et hypertrophié comme un gland dans sa cupule, avec cette différence que cet emboîtement se fait de côté; la même disposition existe du côté opposé.

D'après le dire de ce malade, il n'a jamais eu de chaudepisse, ni de chancre; mais il a actuellement des douleurs tibiales ostéocopes

très-vives; le tibia gauche est bosselé par des exostoses et des périostoses très-douloureuses. Au niveau du genou et à la partie postérieure, il existe un engorgement le long du muscle biceps crural. Au niveau de l'épine de l'omoplate, le malade éprouve une douleur très-vive, en même temps que cette région est le siège d'un engorgement profond; même chose au niveau des deux clavicules. Le malade a, de plus, des douleurs de tête extrêmement violentes, qui, comme celles signalées plus haut, se montraient surtout la nuit; mais comme il est maintenant employé dans un bureau de journal, et qu'il ne travaille que la nuit, les douleurs reviennent principalement pendant le jour, c'est-à-dire pendant qu'il est couché.

Se fondant sur tous ces signes réunis et sur les commémoratifs, M. Nélaton conclut à l'existence d'un testicule syphilitique, et il prescrit le traitement suivant : iodure de potassium de 1 à 3 gr. par jour; en même temps une pilule de proto-iodure de mercure de 2 à 3 centigrammes. Quelques jours après le commencement de ce traitement, le liquide s'étant reproduit, une nouvelle ponction fut faite avec une injection iodée; l'hydrocèle ne reparut plus.

Le 2 mai. Les testicules ont à peu près repris leur volume normal; les bosselures ont disparu, sauf un petit point induré qui paraît correspondre au point de réunion de l'épididyme et du testicule.

Le 25. Le malade sort guéri complètement après trois mois et demi environ de traitement.

OBSERVATION II.

Un malade, âgé de quarante-cinq ans environ, ayant toujours joui d'une très-bonne santé, est entré dans le service de la Clinique, dans les premiers jours de février 1855, pour se faire traiter de deux tumeurs des bourses.

Il y a deux ans, il découvrit par hasard que son testicule gauche était plus volumineux que celui du côté opposé; du reste, il n'y

avait ressenti aucune douleur, de sorte qu'on ne peut savoir si le mal avait débuté avant l'époque qu'il indique. Cependant, comme son testicule était à peu près aussi volumineux qu'il l'est aujourd'hui, il est à présumer que son mal remonte à plus de deux années. En janvier 1855, il s'aperçut que le testicule droit grossissait à son tour. Il consulta un médecin qui crut avoir affaire à un cancer; mais il prescrivit cependant pour traitement l'iodure de potassium. Après un certain temps, le malade, voyant que son mal ne diminuait pas, se décida à venir se faire traiter à Paris, et entra dans le service de M. Nélaton.

Voici ce qu'on constata à l'examen des parties : il était d'abord assez difficile de se rendre compte de l'état des organes, mais en palpant avec soin, on parvenait à reconnaître, à la partie latérale gauche des bourses, une tumeur formée par le testicule et ses annexes : on reconnaît qu'elle est formée de deux parties; on sent un premier renflement situé en bas, puis un second très-volumineux qui se prolonge jusque dans le canal inguinal pour aller se terminer dans la fosse iliaque; il est dur comme cartilagineux, mais non bosselé. A la situation de cette tumeur, à sa forme, à sa direction on reconnaît que c'est le cordon hypertrophié. La tumeur inférieure dans sa portion antérieure est lisse, luisante, fluctuante; on constate aussi qu'elle est transparente. Sa partie postérieure semble constituée par une espèce de cupule qui enchâsse le testicule et va se perdre sur le cordon hypertrophié.

Une ponction fut pratiquée et permit de reconnaître une masse inégale, bosselée, recouverte de granulations du volume et de la consistance d'un grain de blé. Cette masse est d'une longueur de deux pouces environ, elle est semblable à un petit noyau enchâssé dans une coque qui l'enveloppe presque en tous sens, de sorte que le testicule ne peut être senti que dans un seul point en avant.

Du reste aucun engorgement des ganglions lombaires de ce côté.

Le testicule droit est plus uniformément gonflé, mais d'un bien moindre volume et sans aucun engorgement du cordon. Les autres

signes sont tout à fait semblables. Le testicule gauche semble avoir perdu sa souplesse ordinaire et sa sensibilité spéciale; on peut le comprimer sans déterminer aucune douleur. Le droit conserve encore un peu de sa sensibilité, mais elle est un peu émoussée : du reste aucune douleur spontanée ; les fonctions génitales paraissent intactes, cependant il faut accepter avec beaucoup de réserve les dires de ce malade, car comme il y a peu de temps seulement que son testicule droit s'est pris, il est possible que ces fonctions soient altérées sans qu'il s'en doute.

M. Nélaton se demanda à quelle affection il avait affaire ; dans cette intention il rechercha les antécédents, et voici ce qu'il apprit : le malade n'avait jamais eu ni chancre, ni écoulement, ni éruption, ni engorgement des ganglions cervicaux. Après l'avoir interrogé avec beaucoup de persistance il n'en tira aucun autre commémoratif, et malgré l'âge du malade il crut, comme nous l'avons dit plus haut, devoir rapporter cette maladie à une syphilis héréditaire.

Ces tumeurs pouvaient-elles être tuberculeuses? cet homme n'a aucune apparence tuberculeuse, aucun signe de tubercules dans aucun organe ; de plus si elles eussent été de cette nature, ces tumeurs auraient déjà déterminé des altérations des téguments, des fistules ; car après un si long espace de temps des tubercules seraient certainement ramollis.

Était-ce un cancer? cet homme a toujours joui d'une santé parfaite que n'a pas altérée le développement de ces tumeurs. Jamais il n'y a ressenti de douleur, ce qui n'est pas la règle pour l'encéphaloïde. En outre l'affection cancéreuse se portant à la fois sur les deux testicules est si rare que, d'après M. Nélaton on peut la regarder comme une curiosité. De plus, après un si long espace de temps, un encéphaloïde eût déterminé des adhérences entre les enveloppes et les testicules ; il y aurait des ulcérations. Rien de tout cela ne s'est passé dans aucune des deux tumeurs.

Un seul symptôme qui se rencontre rarement dans le testicule

vénérien, et qui est au contraire fréquent dans le cancer, se rencontrait ici, c'était l'engorgement du cordon spermatique. Iodure de potassium : 1 gramme, augmentant peu à peu la dose jusqu'à 5 grammes : 1 pilule de protoiodure de mercure de 0,05.

Le 18 avril, le traitement a été suivi exactement. Le volume du testicule gauche n'a pas changé pendant un mois ou six semaines, puis il a diminuée dans la proportion suivante : le plus grand diamètre qui était de 7 centimètres et demi n'est plus aujourd'hui que de 6 et quart, le plus petit qui était au début de 5 et demi est réduit à 4 et demi. Comme on le voit c'est une diminution considérable. Le cordon a beaucoup diminué, en même temps il est devenu moins dur et plus souple. Le testicule droit est presque tout à fait revenu à l'état normal.

Le 23 mai, depuis la dernière note deux nouvelles ponctions ont été faites; l'une d'elles a amené une inflammation de la tunique vaginale, et par suite un gonflement qui masquait tout; puis il est survenu un abcès à la suite duquel la tuméfaction a disparu et a permis de constater la diminution de l'engorgement.

Le 24, le malade sort; ses deux testicules ont recouvré presque complètement leurs caractères normaux.

OBSERVATION III.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une très-bonne constitution, ne portant aucune trace de scrofules, entra au mois d'avril 1852, dans le service de M. Nélaton; il n'a qu'un seul testicule dans les bourses, c'est celui du côté droit. Le malade a eu plusieurs blennorrhagies qui ont guéri complètement; aucune n'a été accompagnée ou suivie d'épididymite. Il y a dix-huit mois, il a eu plusieurs chancres et deux bubons qui ont suppuré, et l'on voit encore sur le gland des cicatrices bien manifestes et sans induration. Le traitement a été mal suivi, d'après ce qu'apprend le malade; et vers la fin de la même année le testicule commençait à augmenter de vo-

lume, sans que de nouveaux accidents pussent venir expliquer cette nouvelle manifestation morbide. Comme les douleurs étaient peu marquées, la gêne peu considérable et les fonctions parfaitement intactes, ce jeune homme n'y attachait qu'une médiocre importance; mais depuis quelque temps, le volume de la tumeur a notablement augmenté; son poids est devenu incommode, et des douleurs s'y sont fait sentir.

Voici l'état actuel des parties : le scrotum se présente sous la forme d'une tumeur du volume du poing, piriforme ou plutôt quadrilatère, un peu aplatie d'avant en arrière. Deux bosselures existent à sa face inférieure, l'une plus élevée, séparée de l'inférieure par un collet ou étranglement situé à peu près à la partie moyenne de la tumeur. Elles sont fluctuantes et semblent communiquer l'une avec l'autre. La bosselure supérieure s'est montrée la première; l'inférieure est de date plus récente. Si l'on vient à les examiner à contre jour avec la lumière, il est facile de s'assurer qu'elles sont bien manifestement transparentes. En déprimant la couche de liquide placé entre les doigts et le testicule, on touche une masse très-dure, très-compacte, divisée en plusieurs segments en avant et en arrière, qui offrent des granulations ou aspérités. Cette masse indurée et comme hérissée de petits mamelons saillants, du volume d'un petits pois, n'est autre chose que le testicule; car on peut s'assurer d'une manière positive qu'il se continue en haut avec le canal déférent resté tout à fait sain; mais il est difficile de séparer nettement le corps du testicule de l'épididyme, tant la déformation est considérable; malgré la présence du liquide, on peut constater un accroissement considérable de ce dernier organe. Il recouvre en partie le corps du testicule, comme un coquetier l'œuf qu'il contient. Le corps du testicule semble diminué de volume; mais en réalité il présente à peu près sa grosseur normale; à la surface de l'épididyme, on peut sentir de petits mamelons assez saillants. La tumeur est un peu douloureuse à la pression, pendant la marche ou tout autre exercice corporel; elle est surtout incommode par la gêne

mécanique qu'elle apporte aux mouvements. Les douleurs ne sont pas plus vives la nuit que le jour (*Gaz. des hôp.*, 1852).

OBSERVATION IV.

Le 19 juillet 1845, entre dans le service de M. Vidal de Cassis le nommé B..., âgé de cinquante ans, cantonnier, d'une bonne constitution ; il y a vingt ans, il contracta un chancre qui fut suivi d'un bubon suppuré, du côté gauche. Au bout de dix jours, le chancre était cicatrisé ; mais le malade fut obligé de garder le lit pendant quarante jours pour attendre la guérison du bubon ; il a pris à cette époque des pilules, mais il ne sait pas leur composition ; jamais il n'a eu ni éruption à la peau, ni mal de gorge.

Il y a six ans, douleurs dans la tête, le cou et les membres sans cause appréciable ; elles ne durèrent que quinze jours.

Il y a trois mois, il contracta un nouveau chancre, qui fut seulement cautérisé, et se cicatrisa au bout d'une quinzaine.

Jamais il n'a eu de blennorrhagie ; il y a cinq mois, c'est-à-dire, deux mois avant le dernier chancre, le testicule gauche commença à grossir sans devenir douloureux ; depuis un mois seulement, le malade y ressent des élancements plus fréquents la nuit que le jour.

Aujourd'hui le testicule gauche a le volume d'un gros œuf de poule ; il est dur, pesant, piriforme, présentant de légères inégalités ; on ne sent pas l'épididyme qui paraît confondu avec le testicule ; le cordon est un peu plus gros qu'à l'état normal, les veines du même côté sont aussi plus développées ; la pression ne détermine qu'une faible douleur. Il y un mois et demi, il survint à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche une petite tumeur qui suppura ; la plaie n'est cicatrisée que depuis huit jours ; il reste une cicatrice assez large, rougeâtre, analogue à celles que laissent après eux les tubercules cutanés.

Le testicule du côté droit est atrophié ; il est réduit à la moitié de

son volume. Cette diminution s'est opérée sans gonflement préalable, environ deux mois après que le côté gauche eût commencé à augmenter de volume, et à l'époque où des emplâtres fondants avaient été appliqués sur ce dernier. L'iodure de potassium est administré à la dose de 2 grammes par jour ; il est ensuite porté jusqu'à 6 grammes.

Huit jours après, les douleurs n'existaient plus, et la diminution de la tumeur était déjà sensible.

Le 28. Le testicule gauche, celui qui était le plus gros, est réduit à peu près à la moitié de ce qu'il était à l'entrée du malade ; on y sent plus manifestement des bosselures, quand on le fait glisser sous la peau entre les doigts ; sa consistance est moins considérable ; l'épididyme se distingue parfaitement ; le cordon a repris son volume normal ; il n'y a plus de douleurs, même à une pression plus forte ; la sensibilité normale du testicule est encore bien obtuse.

Depuis quelques jours, le malade a éprouvé de la faiblesse dans la vue ; les vaisseaux rayonnés de la sclérotique sont légèrement injectés ; il y a de la photophobie et du larmolement ; le malade se plaint aussi de bourdonnements dans l'oreille gauche, mais ceux-ci existent depuis plusieurs années.

Le 8 août. Les yeux sont revenus à leur état normal ; tous les phénomènes congestifs ont disparu ; les bosselures du testicule gauche sont moins nombreuses et moins sensibles ; la consistance a encore diminué.

Le 22. Le testicule gauche a aujourd'hui sa forme ordinaire, mais il reste plus volumineux qu'un testicule normal ; le droit est toujours plus petit, c'est-à-dire au moins de moitié moindre. M. Vidal a pu revoir le malade, un mois après sa guérison, car il est venu le consulter pour une blennorrhagie qu'il venait de contracter (*Mém. de la Société de chirurgie*, t. 2, Vidal de Cassis).

OBSERVATION V.

Le nommé M..., âgé de vingt-six ans, est entré à l'hôpital du Midi, le 7 septembre 1845. En 1837, ce malade avait eu des chancres

et deux bubons suppurés. Cette affection primitive dura six mois; la liqueur de VanSwiéten fut prise alors par le malade pendant soixante-dix jours.

Depuis, M... eut une éruption syphilitique générale, accompagnée de céphalalgie nocturne et de douleurs ostéocopes; il fut soumis encore une fois à un traitement mercuriel. Guéri de ces symptômes consécutifs, le malade est néanmoins resté sujet à des douleurs vagues à la tête et aux membres.

Il y a quinze mois que M... a commencé à souffrir légèrement du testicule droit; son testicule était notablement augmenté de volume et dur. Il entra à la Charité où il resta vingt-quatre jours soumis à un traitement mercuriel, qu'il continua ensuite pendant six semaines chez lui.

Sous l'influence de cette médication, le testicule avait diminué de volume, les douleurs avaient disparu, mais l'organe était encore le double de celui du côté opposé.

A quelque temps de là, son testicule redevint douloureux et aussi volumineux que la première fois; aussi, le malade se présenta-t-il à l'hôpital du Midi pour s'y faire traiter. Admis dans le service de M. Ricord, voici ce que l'examen nous permit de constater.

Le testicule paraît dur, volumineux; un épanchement considérable existe dans la tunique vaginale; pour mieux apprécier l'état du testicule, le liquide est évacué par la lancette.

On reconnaît que le testicule a à peu près deux fois et demie à trois fois le volume normal, que la dureté est uniforme et régulière; la tumeur est arrondie, piriforme, à grosse extrémité tournée en bas; le canal déférent est double du volume normal, sans bosselure aucune; la pression ne détermine aucune douleur, et ne produit pas cette sensation si pénible que cause la compression la plus légère d'un testicule sain.

Le malade éprouvait, en outre, une insomnie qui était due à des douleurs de tête qui avaient beaucoup augmenté depuis quelque temps. Comme il se plaignait de beaucoup de souffrances dans les

membres, nous examinâmes si ces douleurs ne s'expliqueraient point par des exostoses ; mais nous n'en trouvâmes pas.

Interrogé sur la nature de la douleur qu'il accusait dans le testicule, il nous dit qu'elle était légère en comparaison de celle de la tête et des membres, qu'elle était plutôt de la gêne causée par le poids du testicule, qu'elle s'étendait jusque dans la région lombaire.

Le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, et la compression par la méthode de Fricke fut exercée d'une manière régulière, pendant huit ou dix jours, sur la tumeur. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs avaient disparu, le sommeil était revenu ; mais la tumeur testiculaire ne diminuait pas sensiblement. Des pilules de protoiodure de mercure furent alors ajoutées au traitement ; on vit alors le testicule diminuer petit à petit, perdre de sa dureté résistante au toucher. Cet organe reprenait lentement quelque chose de l'élasticité normale du testicule.

Le 1^{er} décembre, le testicule était encore un peu plus dur et plus gros que celui du côté opposé ; le canal déférent avait conservé le volume qu'il avait à l'entrée du malade.

Mais comme depuis quelque temps aucune modification n'était obtenue dans ce qui restait de la tumeur, M.... demande et obtient sa sortie. (*Journal de chir.*, avril et mai 1846, Hélot.)

DIAGNOSTIC.

Résumons d'abord les principaux signes qui nous feront reconnaître le sarcocèle syphilitique :

1° Dans les antécédents, l'on trouve presque toujours des symptômes de syphilis qui n'ont été combattus que par un traitement incomplet ;

2° L'apparition de la tumeur à une époque assez éloignée des symptômes primitifs ;

- 3° La marche très-lente de la maladie ;
- 4° L'absence ou la diminution de la sensibilité normale et spéciale du testicule ;
- 5° Souvent l'absence de douleurs spontanées ;
- 6° Pesanteur très-considérable de la tumeur qui est bosselée, sans changement de couleur à la peau, ni adhérences ;
- 7° Épanchement médiocre, irrégulier, de la tunique vaginale ;
- 8° Plaques résistantes, bosselures nombreuses siégeant sur l'albuginée ;
- 9° Forme en cupule de l'épididyme qui recouvre le testicule, surtout du côté de sa face externe.

Les affections avec lesquelles le testicule syphilitique pourrait être surtout confondu, sont : l'orchite blennorrhagique, l'hydrocèle, l'hématocèle, les tubercules, le cancer, et enfin la tumeur gommeuse du scrotum.

1° L'orchite aiguë se montre pendant la durée de la blennorrhagie, ou au moment même de sa suppression ; elle débute brusquement avec des symptômes phlegmasiques très-prononcés.

Le testicule vénérien a une invasion lente ; souvent le malade ne s'aperçoit pas de son début ; il n'apparaît que longtemps après les symptômes primitifs, trois, quatre, six mois, un an même ; souvent il est accompagné d'accidents secondaires ou tertiaires.

Dans l'épididymite, le testicule conserve d'ordinaire sa souplesse, son élasticité, sa sensibilité spéciale, qui est même exagérée ; le scrotum est rouge, tendu ; le cordon est douloureux. Le testicule vénérien est presque toujours indolent ; sa sensibilité caractéristique est abolie ; les membranes d'enveloppe sont intactes.

Le caractère tiré de l'intégrité de l'épididyme dans le sarcocèle vénérien ne peut avoir aucune valeur, puisqu'il est altéré dans les deux affections.

A la suite de l'orchite, il persiste quelquefois un ou deux points indurés, mais ils existent presque exclusivement sur l'épididyme, et

s'ils disparaissent très-lentement, ils n'ont cependant aucune tendance à s'étendre, et il ne s'en produit pas de nouveaux.

Dans le testicule vénérien c'est tout l'opposé ; les plaques ou les bosselures deviennent de plus en plus nombreuses, et l'on observe qu'à mesure que la maladie augmente, le testicule qui conservait quelques points à l'état sain, est bientôt complètement envahi par l'induration.

Il est possible qu'un testicule affecté d'orchite chronique soit plus tard atteint de sarcocèle, si le malade vient à contracter des chancres. Dans ce cas, il est difficile de distinguer ce qui appartient à l'une ou à l'autre des deux affections ; mais cependant la marche lente de la maladie, la dureté considérable du testicule, son insensibilité, le développement d'une tumeur semblable du côté opposé, nous indiqueront que l'orchite chronique s'est transformée en sarcocèle syphilitique.

2° L'hydrocèle simple se distinguera en général assez facilement du sarcocèle syphilitique. En effet, dans l'hydrocèle, on peut en général sentir le testicule, et l'on constate qu'il est tout à fait sain, sans aucune inégalité ; de plus, il existe de la fluctuation, de la transparence.

Nous avons dit que l'hydrocèle accompagnait presque constamment le sarcocèle syphilitique, mais dans ce cas l'épanchement survient lorsque déjà le testicule présentait des déformations : il est peu abondant, et souvent la tumeur qu'il forme est irrégulière ; en constatant la transparence on reconnaît que l'ombre produite par le testicule est plus considérable qu'à l'état sain. Le plus souvent on peut, par le toucher, reconnaître assez exactement l'état du testicule. Du reste, dans un cas d'hydrocèle assez considérable pour empêcher de s'assurer de cet état, une ponction serait faite, et permettrait de se rendre un compte exact de la lésion.

3° L'hydrocèle ou l'hématocèle, avec épaissement de la tunique vaginale, peut parfois présenter quelques-uns des caractères du tes-

ticule vénérien. En effet, voici le résumé des caractères de cette forme d'hydrocèle, tel que l'expose M. Gosselin (*Archives gén. de méd.*, 1851) : Tumeur à marche lente, de forme arrondie, souvent indolente, quelquefois douloureuse par instant ou même constamment, plus lourde que l'hydrocèle ordinaire, plus légère que le sarcocèle, non transparente, d'une fluctuation souvent obscure et douteuse, sans gonflement du cordon spermatique. Lorsque les pseudo-membranes sont peu épaisses, encore peu consistantes, il se distingue à peu près aussi facilement que l'hydrocèle simple. Mais lorsque les pseudo-membranes sont fortement indurées, et le siège de dépôts calcaires comme au 3^e degré de cette affection, on est parfois très-embarrassé. Le diagnostic ne deviendra souvent bien positif que par une ponction exploratrice qui donnera issue à un liquide brunâtre, et permettra de déprimer les enveloppes entre les doigts, de reconnaître ainsi le siège de ces indurations, et l'absence d'altérations dans le testicule lui-même.

L'hématocèle, qui a son siège dans le tissu cellulaire des bourses, se distinguera facilement du testicule vénérien par cette circonstance que la tumeur se sera développée sous l'influence de quelque violence extérieure, et par l'existence d'ecchymoses plus ou moins étendues.

Il n'en serait plus de même de l'épanchement de sang dans la tunique albuginée, affection qui a été peu étudiée, surtout dans le cas où le malade aurait oublié ou nierait toute espèce de violence antérieure, et où en même temps il existerait des antécédents syphilitiques. Cependant, en général, dans cette variété d'hématocèle, il existe des douleurs très-vives qui se propagent jusqu'aux lombes ; en outre, le testicule est gonflé d'une manière uniforme et ne présente pas ces bosselures mamelonnées du sarcocèle syphilitique, ni la disposition de l'épididyme dont nous avons plusieurs fois parlé.

4^o Dans l'affection tuberculeuse des testicules, l'absence de liquide est la règle, sa présence forme l'exception.

L'inverse a lieu pour le testicule vénérien. Dans le premier cas,

les bosselures sont régulièrement sphériques ; elles se détachent, pour ainsi, dire de la tunique albuginée à travers laquelle elles semblent faire hernie. Elles sont douloureuses à la pression dans beaucoup de cas ; elles contractent des adhérences avec le scrotum presque dès leur naissance ; si l'on vient à saisir le scrotum de chaque côté de ces bosselures , en essayant de faire un pli, la peau reste immobile au niveau du point adhérent, et le pli se dessine seulement au-dessus et au-dessous. Il est facile alors de suivre, à la face profonde des téguments, une sorte de corde saillante qui va s'insérer à la bosselure que l'on examine.

Dans le testicule vénérien, nous avons vu , au contraire , que les bosselures sont en général assez petites, présentant quelquefois un semblant de mobilité sur la tunique albuginée ; d'ordinaire elles sont indolentes ; la peau joue librement sur elles, car il n'y a aucune adhérence.

Dans le sarcocèle syphilitique, lorsque le testicule a pris un certain développement, il est uniformément dur, et l'on ne retrouve plus l'élasticité particulière de cet organe.

Dans l'affection tuberculeuse, les bosselures, en se développant, perdent de leur dureté primitive, et l'on retrouve dans d'autres points l'élasticité normale du testicule.

Les tubercules arrivent plus ou moins vite à la période de ramollissement, alors les saillies s'isolent, se circonscrivent ; la peau qui les recouvre devient de plus en plus adhérente, elle s'amincit, se perfore et donne passage à de la matière purulente tuberculeuse.

Dans le testicule vénérien, les couches plastiques qui constituent les bosselures augmentent en se superposant, mais elles ne se ramollissent jamais.

Dans le testicule tuberculeux, lorsque la maladie est avancée, il n'est pas rare de trouver le canal déférent, mamelonné, semblable à un chapelet ; de plus, par le toucher rectal, on constate que la prostate et les vésicules séminales offrent des altérations analogues.

Rien de semblable dans le testicule vénérien. Dans les tubercules, un seul organe est, en général atteint ; dans le testicule syphilitique, c'est le contraire. Les fonctions génitales sont plus intactes dans ce dernier que dans les tubercules. Enfin les tubercules se jouent de tous nos moyens de traitement et marchent sans cesse vers une fâcheuse terminaison ; le sarcocèle est essentiellement curable par un traitement anti-syphilitique.

Ajoutons enfin que les commémoratifs pourront être très-utiles ; seulement si chez un malade ayant eu des accidents syphilitiques il survenait des tubercules du testicule, ou si un tuberculeux était atteint de sarcocèle syphilitique, les antécédents pourraient plutôt induire en erreur, et il faut alors s'en tenir à la marche et aux signes physiques de la tumeur.

5° C'est surtout l'affection cancéreuse qu'il est souvent difficile de distinguer du testicule vénérien. Nous avons déjà signalé plusieurs cas où l'erreur avait été commise et avait conduit à la castration. Aussi importe-t-il d'étudier avec soin les signes distinctifs de ces deux affections.

L'encéphaloïde atteint le testicule plus souvent que les autres formes de cancer : or, on sait que son développement est assez rapide et que, par suite, il acquiert dans un temps relativement assez court un volume considérable. Il en est tout autrement pour le testicule vénérien. Le cancer s'accompagne presque toujours de douleurs lancinantes qui se développent souvent quelque temps après une palpation un peu prolongée. Ces douleurs, bien que n'étant pas assez constantes pour être un signe certain de cancer, se montrent si rarement dans le testicule vénérien, que, lorsqu'elles existent, elles ont une assez grande valeur séméiotique.

L'inégalité de résistance que présente le cancer, sa mollesse en certains points, qui ressemble souvent à de la fluctuation, contrastent avec la dureté du testicule syphilitique, dureté qui ne fait que s'accroître avec les progrès de la maladie, tandis que le cancer d'abord très-dur tend peu à peu à se ramollir.

Dans le testicule vénérien, la tumeur qui présentait d'abord un grand nombre de bosselures tend, en se développant, à devenir lisse, régulière, unie. Les téguments restent parfaitement sains. Dans l'encéphaloïde, la tumeur, d'abord lisse et régulière, forme bientôt des bosselures qui deviennent fluctuantes, déterminent des adhérences avec le scrotum qu'elles finissent par ulcérer. Le sarcocèle syphilitique s'étend très-rarement au cordon et ne gagne jamais les vésicules séminales, la prostate, les ganglions lombaires.

Dans le cancer, on voit la maladie se propager par le cordon jusque dans la région rénale. Les ganglions lombaires et inguinaux se prennent, et par la palpation de l'abdomen, on peut constater leur développement anormal.

Enfin, lorsque les deux testicules sont affectés simultanément, on peut rejeter l'idée d'un encéphaloïde; il n'y a pas d'exemple que le cancer ait atteint les deux testicules en même temps; et même, lorsqu'un testicule cancéreux a été enlevé et qu'il survient une récurrence, ce n'est pas l'autre glande qui se prend, mais bien le cordon du même côté.

Il serait plus facile de confondre le squirrhe avec le testicule vénérien. En effet, le squirrhe a un volume beaucoup moindre que l'encéphaloïde: il est d'une dureté considérable, il a une marche très-lente. De plus, presque toujours il est accompagné d'épanchement dans la tunique vaginale. Ce sont là des caractères communs avec l'engorgement syphilitique. Mais le squirrhe est souvent le siège de douleurs lancinantes; la peau contracte des adhérences avec la tumeur et alors, dans quelques points, elle offre des dépressions irrégulières. En outre les duretés, les bosselures se prononcent de plus en plus dans le squirrhe, ce qui n'a pas lieu dans le testicule vénérien. Il faut avouer cependant que le chirurgien sera souvent forcé d'avoir recours à l'épreuve du traitement spécifique pour se tirer d'embarras. C'est, du reste, là un précepte qu'ont donné tous les grands chirurgiens, de soumettre à un traitement

antisypilitique tout malade portant une tumeur testiculaire dont la nature n'est pas bien déterminée.

6° La tumeur gommeuse des bourses débute sous forme d'une petite lentille qui grossit peu à peu, mais très-lentement, jusqu'à atteindre le volume d'une noix. Elle adhère bientôt à la peau, mais en restant mobile sur les parties sous-jacentes. En général globuleuse, bosselée, elle est rarement symétrique; après un temps plus ou moins long, deux ou six mois par exemple, elle se ramollit du centre à la circonférence. En même temps, ses adhérences deviennent plus intimes; la peau rougit, s'amincit, s'ulcère et donne passage à un pus ichoreux, mal lié, contenant des débris de tissu cellulaire; puis les bords de l'ouverture tendent à s'ulcérer. C'est probablement cette affection qu'A. Cooper avait observée et qu'il considérait comme une terminaison du testicule vénérien. Mais, comme on le voit, elle en diffère sous beaucoup de rapports. Du reste, le traitement des deux affections est le même, et par suite, une grande précision dans le diagnostic est ici moins indispensable.

PRONOSTIC.

On peut dire d'une manière générale que le testicule vénérien n'est pas une affection grave, cependant nous avons vu qu'il amène quelquefois l'atrophie de la glande et qu'il porte atteinte aux fonctions génitales. Ajoutons aussi que c'est une maladie d'une très-longue durée; que le traitement doit être suivi pendant très-long-temps et que les récidives ne sont pas très-rares.

TRAITEMENT.

M. Vidal (de Cassis) divise en trois périodes les diverses phases qu'a subies le traitement du sarcocèle syphilitique. Dans la pre-

nière, l'engorgement vénérien est confondu avec le cancer et traité comme tel ; dans la seconde , qui est celle de Desault et de Dupuytren, on commence à reconnaître qu'il y a des engorgements syphilitiques, et l'on sacrifie encore ceux qui résistent au traitement mercuriel ; enfin, dans la troisième, qui est la nôtre, on prescrit l'iodure de potassium. Le traitement mercuriel seul semble insuffisant, et M. Vidal croit que les guérisons obtenues par A. Cooper et Dupuytren ne s'adressaient qu'à des orchites chroniques ; cependant il paraît démontré que des testicules bien reconnus syphilitiques ont pu guérir par les mercuriaux seuls.

L'iodure de potassium réussit dans un grand nombre de cas, mais n'amène pas toujours une résolution aussi complète et aussi rapide que si on l'unit aux préparations mercurielles. On emploie, en général, simultanément, le protoïodure de mercure. L'iodure de potassium s'administre à la dose de 1 à 6 grammes ; le protoïodure de mercure à la dose de 0,05 centigrammes, en une pilule, quelquefois même à 0,10 centigrammes, en deux pilules.

En même temps, on emploie les frictions mercurielles, ou bien on applique un emplâtre de Vigo, qu'on renouvelle de temps en temps.

Enfin, la compression pratiquée par la méthode de Fricke, de Hambourg, favorisera la résolution ; elle se pratique de la manière suivante : on se sert de bandelettes de sparadrap de Vigo ; il est bon, avant de procéder à leur application, d'évacuer par une ponction le liquide, mais cela n'est pas indispensable ; après cela, saisissant d'une main le testicule, de l'autre une bandelette, on contourne le cordon au-dessus du testicule, pour former, par plusieurs circulaires, un anneau serré, qui empêche la glande de fuir ; ensuite, au moyen de bandelettes, on enveloppe, par des tours circulaires ou obliques, toute la tumeur, de manière à la serrer uniformément et à la recouvrir en entier ; le pansement doit être renouvelé toutes les fois qu'il se trouve relâché.

Quant à l'hydrocèle, il disparaît, en général, de lui-même, sous l'influence du traitement interne; il se reproduit quelquefois après la ponction; alors une injection iodée pourra être utile.

Terminons, en rappelant que le traitement doit être excessivement long, et que ce n'est qu'après un mois ou deux qu'on voit commencer la résolution.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Exposer les effets divers du chauffage par rayonnement ou par communication sur l'économie animale.

Chimie. — Des caractères des oxydes de mercure.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base les carbonates ou les bicarbonates de potasse et de soude.

Histoire naturelle. — Des caractères de la tribu des carduacées et indication des médicaments qu'elle fournit.

Anatomie. — Des preuves de l'existence d'une membrane appartenant au corps vitré.

Physiologie. — Des usages de la choroïde et des procès ciliaires.

Pathologie interne. — Des hydropisies en général, et spécialement de leur mécanisme ou de leurs divers modes de développement.

Pathologie externe. — Des différentes espèces d'ulcères de la langue.

Pathologie générale. — De l'influence exercée sur les qualités physiques du sang et sur sa composition par les maladies inflammatoires.

Anatomie pathologique. — Des entozoaires en général.

Accouchements. — De l'hémorrhagie utérine dans les cas d'insertion du placenta sur le col de l'utérus.

Thérapeutique. — Les agents réputés contre-stimulants ont-ils une action spéciale qui les rende applicables à une maladie plutôt qu'à une autre ?

Médecine opératoire. — De l'opération du bec-de-lièvre.

Médecine légale. — Un individu dont on retire le cadavre de l'eau a-t-il été jeté à l'eau pendant sa vie ou après sa mort ?

Hygiène. — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.